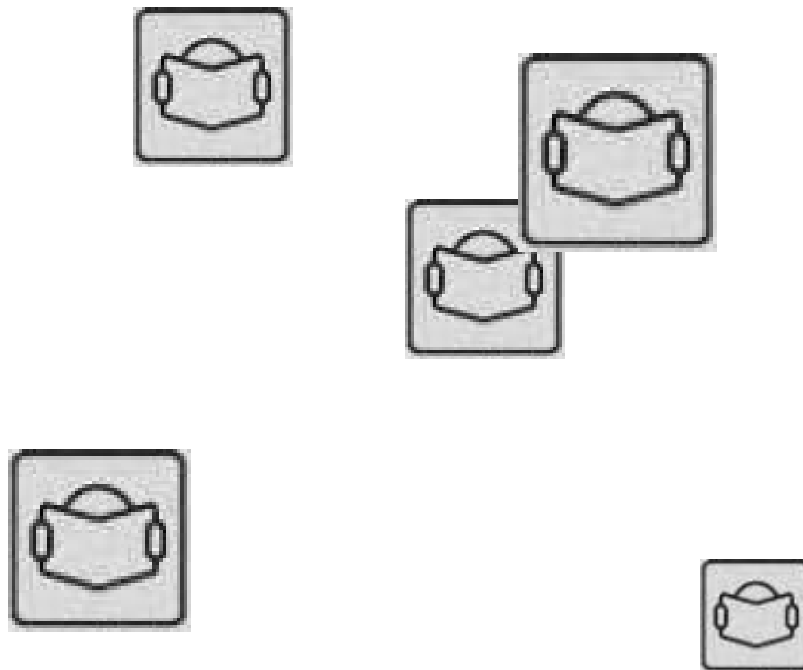


**De invloed van algemene therapeutische vaardigheden op het
leerrendement van dyslectische kinderen tijdens de
dyslexiebehandeling**



Scriptie Vera Duijnhouwer

Studentnummer 265988

Master Onderwijs & Ontwikkelingspsychologie

Instituut voor Psychologie

Erasmus Universiteit Rotterdam

Juli 2006



Voorwoord

Met veel plezier heb ik het afgelopen half jaar stage gelopen bij de Leeskliniek Rotterdam, onderdeel van de CED-groep Rotterdam, met als resultaat deze scriptie. Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken mijn begeleiders te bedanken: Chris Struiksmā en Marije Boonstra. In het bijzonder wil ik Machteld Bakker bedanken. Dankzij haar werd toestemming voor het onderzoek gegeven zodat ik kon gaan filmen bij de behandelaars. Zij heeft van het begin af aan veel vertrouwen gehad in het onderzoek en mijn aandeel daarin. Tevens ben ik de behandelaars veel dank verschuldigd, zonder hun medewerking en gastvrijheid was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Tenslotte wil ik Samantha Bouwmeester bedanken voor de ‘last minute’ statistische begeleiding.



Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE	3
SAMENVATTING	4
INLEIDING	5
DYSLEXIE EN ‘DE LEESKLINIEK’ ROTTERDAM	5
DE DYSLEXIEBEHANDELING VAN ‘DE LEESKLINIEK’ ROTTERDAM	5
ONDERZOEK NAAR HET EFFECT VAN DE DYSLEXIEBEHANDELING BINNEN ‘DE LEESKLINIEK’ ROTTERDAM	8
PROJECT: ‘DE LEESKLINIEK NAAR SCHOOL’	8
EFFECT VAN KIND-VOLWASSENE INTERACTIE	10
DE OUDER-KIND INTERACTIE EN DE (ACADEMISCHE) COMPETENTIEONTWIKKELING VAN HET KIND	10
DE LEERKRACHT-KIND INTERACTIE EN DE (ACADEMISCHE) COMPETENTIEONTWIKKELING VAN HET KIND	11
SENSITIVITEIT.....	12
ONDERZOEKSVRAGEN	13
METHODE	15
ONDERZOEKSGROEP.....	15
PROCEDURE EN MATEN.....	16
DATA ANALYSE	20
RESULTATEN	21
BESCHRIJVENDE STATISTIEKEN	21
INFERENTIËLE TESTEN	23
LEERRENDEMENT EN BEHANDELING	24
LEERRENDEMENT EN BEHANDELAAR	24
LEERRENDEMENT, BEHANDELING EN BEHANDELAAR.....	25
BEHANDELVAARDIGHEDEN EN LEERRENDEMENT.....	25
DISCUSSIE	25
DE LEESBEHANDELING	26
DE LEESBEHANDELING EN DE BEHANDELAAR	26
BEPERKING VAN HET HUIDIGE ONDERZOEK EN AANBEVELINGEN VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK.....	29
REFERENTIES	31
BIJLAGEN	36
BIJLAGE 1 OBSERVATIEFORMULIER ‘TIME ON TASK’	36
BIJLAGE 2 OBSERVATIEFORMULIER KWALITEIT THERAPEUTISCHE BEHANDELVAARDIGHEDEN	38



Samenvatting

Binnen de dyslexiebehandeling van ‘de Leeskliniek’ Rotterdam wordt veel aandacht besteed aan de gedragstherapeutische dimensie. De basis voor deze dimensie wordt gevormd door de algemene therapeutische behandelvaardigheden. Het huidige exploratieve onderzoek had tot doel meer inzicht te krijgen in de manier waarop deze vaardigheden samenhangen met het leerrendement dat deze kinderen tijdens de behandeling behalen. Gekeken is naar de algemene therapeutische vaardigheden van dyslexiebehandelaars aan de hand van de gedragsdimensies ‘emotionele ondersteuning’, ‘instructie’, ‘regulering’ en ‘afstemming’. Twee behandelaars zijn middels video opnamen geobserveerd tijdens vier behandelingen. Aan de hand van de observatie werd de kwaliteit van de vaardigheden bepaald door twee deskundigen. Van elke behandelaar zijn toetsgegevens van 15 kinderen verzameld aan het begin en aan het eind van de behandeling. Uit de resultaten van de ANOVA met herhaalde metingen bleek een effect van behandeling, maar geen effect van behandelaar, hetgeen suggereert dat de kwaliteit van de algemene therapeutische vaardigheden geen directe invloed heeft op het leerrendement van de dyslectische kinderen binnen dit onderzoek. Gezien de beperkingen van dit onderzoek is vervolgonderzoek gewenst om tot een duidelijke beantwoording van de onderzoeksvraag te komen.



Inleiding

Dyslexie en 'de Leeskliniek' Rotterdam

Sinds ruim vijftien jaar worden in 'de Leeskliniek' in Rotterdam kinderen met ernstige dyslexie behandeld. Dyslexie is een stoornis die gekenmerkt wordt door een hardnekkig probleem met het aanleren en het accuraat en /of vlot toepassen van het lezen en/of spellen op woordniveau (van der Leij e.a., 2004). Normaliter wordt het lezen geautomatiseerd, hetgeen tot gevolg heeft dat het kind een woord ziet en dit als geheel herkent uit het geheugen. De taak, in dit geval het lezen van een woord, vereist vrijwel geen bewuste aandacht. Als het leesproces niet geautomatiseerd is, kan het kind met ernstige onderwijsbelemmeringen te maken krijgen. De verbale ontwikkeling kan door minder lees- en schrijfervaring achterblijven en ontwikkelingsmogelijkheden kunnen gefrustreerd raken. Zo bestaat er een kans dat bijvoorbeeld het verbaal redeneren achterblijft en dat het kind bijvoorbeeld niet het juiste niveau onderwijs kan genieten door zijn dyslexie omdat het bepaalde testen niet haalt (Van der Leij e.a., 2004).

De dyslexiebehandeling van 'de Leeskliniek' Rotterdam

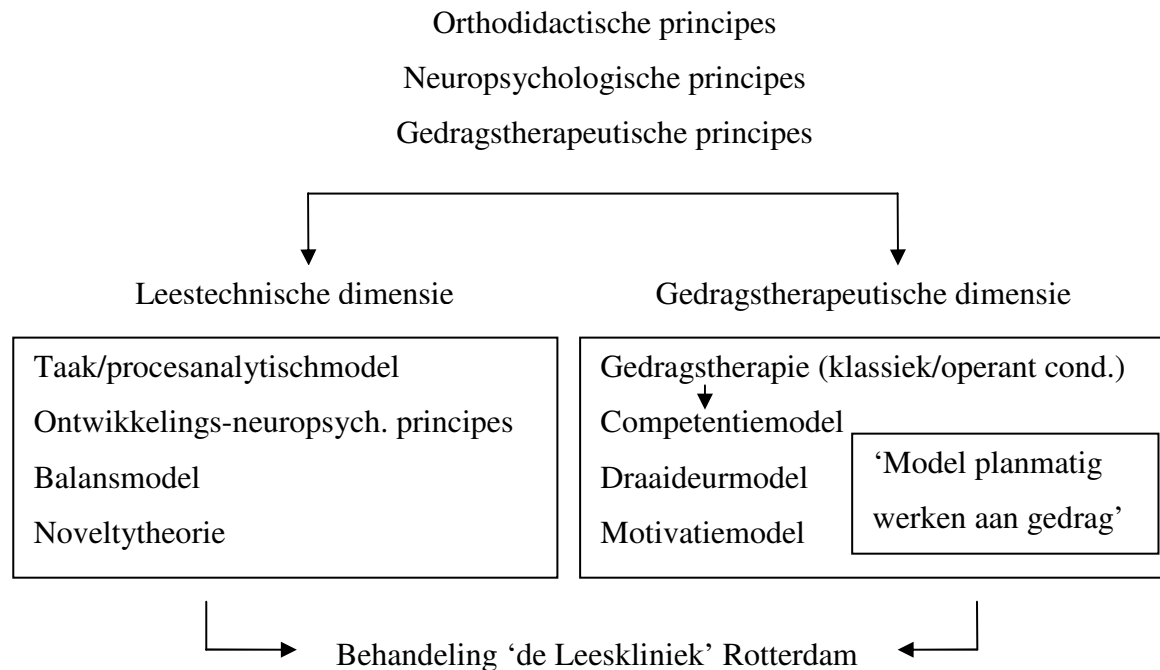
De dyslexiebehandeling van 'de Leeskliniek' Rotterdam is ontwikkeld op basis van orthodidactische, neuropsychologische en gedragstherapeutische principes. De behandeling is opgebouwd uit twee dimensies, de leestechnische dimensie en de gedragstherapeutische dimensie (Struiksma & Bakker, 2006). De leestechnische dimensie beslaat de inhoudelijke aspecten van de behandeling. De ontwikkeling van deze dimensie is gebaseerd op het *taak/procesanalytisch model*, *ontwikkelings-neuropsychologische principes* in het algemeen, het *Balansmodel* van Bakker en de *Noveltytheorie*.

Het *taak/procesanalytisch model* bekijkt de wijze waarop het kind het lezen geleerd zou moeten worden, het is dus een prescriptief model (Struiksma e.a., 2004). De vaardigheid 'lezen' bestaat uit objectief waarneembare taken (vaardigheden) en processen die verondersteld worden een rol te spelen bij het leren lezen. Deze vormen samen de deelvaardigheden. Volgens het model stagneert het leesproces doordat bepaalde deelvaardigheden niet goed worden beheerst. Door het toetsen van de deelvaardigheden en door het bepalen van het technisch leesniveau wordt het leesgedrag geanalyseerd. In een hiërarchisch schema worden de deelvaardigheden in kaart gebracht. Volgens het model moeten de deelvaardigheden die niet worden beheerst, het kind aangeleerd worden. Hier geldt



het *ontwikkelings-neuropsychologische* principe dat de deelvaardigheid die het laagst in het schema staat eerst moet worden aangeleerd (Komen, 1997; Struiksma e.a., 1995).

Figuur 1. Schematische voorstelling inhoud dyslexiebehandeling 'de Leeskliniek' Rotterdam



De behandeling van 'de Leeskliniek' is gebaseerd op de neuropsychologische benadering van het *Balansmodel* (Bakker, 1986). Dit model is gebaseerd op de invloed van beide hemisferen tijdens het leren lezen. Indien een hemisfeer een afwijkende invloed heeft, kan dit gevolgen hebben voor het leren lezen. Dit kan gelden voor de linker- of voor de rechterhemisfeer, waardoor twee typen dyslectische lezers te onderscheiden zijn: de 'radende' lezer en de 'spellende' lezer. De radende lezer maakt te veel gebruik van zijn linker- en de spellende lezer te veel van zijn rechterhemisfeer. Bakker stelt dat door hemisfeerspecifiek te stimuleren de afwijkende invloed hersteld kan worden. Tijdens de behandeling wordt dit in de praktijk gebracht door middel van visuele of tactiele hulpmiddelen aan één kant van het lichaam aan te bieden (o.a. Struiksma & Bakker, 2006). Uit recenter onderzoek blijkt overigens dat de invloed van de hemisfeerspecifieke stimulering mogelijk weinig extra invloed heeft bovenop de stimulering zelf, van welke hemisfeer dan ook (Kappers, 1997; Dryer e.a., 1999). Volgens de *Noveltytheorie* (Goldberg & Costa, 1981) is de rechterhemisfeer meer betrokken bij het aanleren van onder andere nieuwe woorden en concepten. De theorie stelt dat hoe meer de informatie automatisch verwerkt kan worden, hoe groter de rol van de linkerhemisfeer wordt. In de behandeling worden deze vier modellen/theorieën gecombineerd, waaruit voortkomt dat



tijdens het aanvankelijk leesstadium rechterhemisfeer stimulering gewenst is en tijdens het gevorderde leesstadium linkerhemisfeer stimulering, mits de normale lijn van ontwikkeling gevolgd wordt (Goldberg & Costa, 1981).

De gedragstherapeutische dimensie wordt beschouwd als de basis voor de behandeling en vindt zijn oorsprong in de gedragstherapie (Komen, 1997). Op basis van klassiek en operant conditioneren kunnen gedragsveranderingen plaatsvinden. In het geval van klassiek conditioneren legt het kind verbanden tussen twee stimuli. In het geval van operant conditioneren legt het kind een verband tussen een stimulus, zijn respons daarop en de consequentie die daar weer op volgt. Het gedrag wordt bepaald door deze consequenties. Door middel van operante technieken kan gedrag gestuurd worden, bijvoorbeeld door een beloning in het vooruitzicht te stellen. Er wordt een consequentie aan het gedrag verbonden waarop het kind zijn gedrag, al dan niet bewust, afstemt (Cladder e.a., 1998). Op deze manier kan het kind zoveel mogelijk gewenst gedrag aangeleerd worden.

Op basis van het *competentiemodel* (Slot, 1993) en het *draaideurmodel* van Prochaska en DiClemente (1984) heeft van Bilsen het *motivatiemodel* ontwikkeld. Volgens het *competentiemodel* kan de behandelaar met behulp van een goede functieanalyse van het gedrag, het kind adequate vaardigheden aanleren zodat het zich meer competent gaat voelen en gedragen. Volgens het *draaideurmodel* van Prochaska en DiClemente kan gedragsverandering volgens een aantal fasen al dan niet tot stand komen. De eerste fase is die van **voorbekoming**: is er wel sprake van een probleem? De tweede fase is die van **overpeinzing**, in deze fase herkent men het probleem bij zichzelf maar overweegt of hij er iets aan wil of denkt te kunnen doen. Vervolgens komt men in de fase van de **beslissing**, gaat men eraan werken of niet? Als men besluit eraan te gaan werken komt men in de fase van **actieve verandering**. Als het probleemgedrag daardoor niet meer voorkomt, komt men in de fase van **consolidatie**. Indien men kan volhouden het gedrag niet meer te vertonen volgt de uitgang van het model. Lukt dit niet, dan komt men in de fase van **terugval**, het model kan dan opnieuw doorlopen worden. Gebaseerd op deze fasen van het *draaideurmodel*, kent het *motivatiemodel* een aantal stappen in het motiveringsproces. Het *motivatiemodel* heeft als uitgangspunt dat alleen als het kind voldoende kennis heeft over het probleem, hierover voldoende bezorgd is, zichzelf voldoende de moeite waard vindt om zich in te zetten en voldoende vertrouwen heeft in zijn mogelijkheden om resultaat te boeken, gemotiveerd zal zijn om te werken aan gedragsverandering (Struiksma, 1993). Binnen de Leeskliniek worden deze modellen door middel van het 'Model Planmatig Werken aan Gedrag' door de behandelaar toegepast. Met dit model wordt getracht het ongewenste gedrag te verzwakken en



het gewenste gedrag te versterken door gebruik te maken van verschillende technieken en beloningsschema's (Komen, 1997).

Binnen de gedragstherapeutische dimensie spelen tevens aspecten een rol die te maken hebben met de relatie tussen kind en behandelaar. Vieijra (2001) noemt binnen het therapeutisch basisprotocol het belang van de persoonlijke relatie waarbinnen positieve waardering en wederzijds begrip, vertrouwen en het betrekken van de leerling bij de behandeling van groot belang zijn. Door middel van het motivatieproces kan de behandelaar het kind bij de behandeling betrekken. Enkele stappen binnen het motivatieproces zijn: informeren, erkennen, inzicht geven, haalbare doelen stellen, inbouwen van succeservaringen, directe feedback op de prestaties geven en het tussentijds evalueren samen met de leerling.

Onderzoek naar het effect van de dyslexiebehandeling binnen 'de Leeskliniek' Rotterdam

Uit onderzoek naar de effecten van de dyslexiebehandeling bleek dat de meeste behandelde kinderen bij 'de Leeskliniek' Rotterdam behoren tot de zwakste 1% lezers. Door middel van scores op Analyse Van Individualiseringsvormen (AVI) –kaarten, dit zijn kaarten waarmee de vaardigheid in tekstlezen van het kind gemeten kan worden (Visser e.a., 1994), en scores op de Drie Minuten Toets (DMT), deze toets meet de vaardigheid in het woordlezen (Verhoeven, 1993), werden de behandelingen geëvalueerd. De AVI-kaarten en de DMT werden voorafgaand aan de behandeling en aan het eind van de behandeling afgenomen. Uit de resultaten bleek dat de kinderen door de behandeling een significant groter leerrendement hebben dan dat ze voor de behandeling hadden. Dit betekent dat de kinderen meer vooruit zijn gegaan tijdens hun behandeling (Struiksma & Bakker, 1996). Uit recent onderzoek naar de effecten van de behandeling van de Leeskliniek bleek wederom een effect van behandeling voor woord- en tekstlezen (Struiksma & Bakker, 2006). De individuele verschillen in het leerrendement betreffende woordlezen bleken groot. Tevens bleken de kinderen een hoger leerrendement te hebben als zij met een hoger beginniveau de behandeling ingaan.

Project: 'De Leeskliniek naar school'

Vanwege lange wachtlijsten voor dyslexiebehandelingen is in 1999 het idee ontstaan om vanuit het expertisecentrum 'de Leeskliniek' in Rotterdam behandelaars op te leiden die extern kinderen kunnen behandelen. Het betreft hier kinderen met een iets mildere vorm van dyslexie, waarvan men veronderstelt dat het niet altijd noodzakelijk is dat het kind behandeld wordt door een gespecialiseerd psycholoog of orthopedagoog, mits de behandelaar een



praktijkdeskundige is die degelijk geschoold en langdurig begeleid is door een specialist (Vonk & Bakker, 2000).

Eenmaal per week komen de cursisten naar 'de Leeskliniek' met één of twee leerlingen, de leerlingen worden daar behandeld gedurende drie kwartier. Vooraf bespreekt de cursist met de specialist de behandeling vóór gedurende een kwartier. Tevens vindt er een nabespreking van een kwartier plaats. Dezelfde behandeling krijgt het kind een tweede maal in de week op de eigen school. Naast deze behandelingen vinden een aantal cursusmiddagen plaats waarin ervaringen worden uitgewisseld en dieper in wordt gegaan op de relevante theorieën. Na twee maanden wordt de voortgang van het behandelde kind geëvalueerd, afhankelijk van de vooruitgang wordt de behandel frequentie aangepast, doorgaans wordt deze teruggebracht naar éénmaal per week.

De opleiding is gericht op het in de praktijk toepassen van nieuwe theoretische inzichten en bestaat uit vijf onderdelen:

- het kennismaken met verschillende technieken en procedures en leren hoe deze aan de leerling worden aangeboden
- het zorgvuldig verzamelen en genuanceerd interpreteren van diagnostische gegevens
- het vertalen van de diagnostische gegevens naar een individueel behandelplan
- het toespitsen van de behandelonderdelen op de specifieke leerling
- het gedragstherapeutisch benaderen van de leerling

De therapeutische aspecten worden gezien als zeer belangrijke, maar moeilijk overdraagbare vaardigheden, die de kwaliteit van de behandeling in belangrijke mate mede bepalen. Deze vaardigheden zijn erop gericht het kind zoveel mogelijk gewenst gedrag te laten vertonen, in dit geval is gewenst gedrag al het gedrag dat leidt tot het hoogst haalbare leesdoel. Dit hoogst haalbare leesdoel is alleen te bereiken als het kind gemotiveerd is om beter te leren lezen. De cursisten leren door middel van het eerder besproken motivatiemodel het kind te motiveren tot gedragsverandering.

Indien de vooruitgang tijdens de behandeling belemmerd wordt, is het noodzakelijk dat dit tijdig opgemerkt wordt. Op dat moment kan een functieanalyse van het gedrag gemaakt worden waarmee het probleemgedrag wordt beschreven. Vervolgens worden oplossingen voorbereid en (tussen)doelen gesteld. Doorgaans biedt een beloningssysteem uitkomst om het kind het gewenste gedrag te laten vertonen (Vonk & Bakker, 2000). Zie voor uitleg van de onderliggende theorieën en modellen de paragraaf '*De dyslexiebehandeling van 'de Leeskliniek' Rotterdam*'.



Effect van kind-volwassene interactie

Het feit dat de therapeutische aspecten de kwaliteit van de behandeling bepalen lijkt evident, echter, het is onduidelijk op welke manier welke therapeutische vaardigheden invloed op de kwaliteit van de behandeling hebben. Het belang van het opmerken van ongewenst gedrag van het kind lijkt vanzelfsprekend, daar meer gewenst gedrag van het kind tot gevolg heeft dat het meer oefent en dus meer met lezen bezig is.

Onduidelijk is op welke manier meer algemene therapeutische vaardigheden een rol spelen bij het bereiken van een maximaal leerrendement, daarmee doelend op de soort en kwaliteit van interactie tussen behandelaar en kind.

Op verschillende onderzoeksgebieden heeft men zich bezig gehouden met de academische competentieontwikkeling van kinderen in samenhang met interacties met volwassenen. Veel onderzoek is gedaan naar de relatie tussen gehechtheid en competentie. Tevens heeft men op onderwijsgebied onderzocht of leerkracht-kind interacties een rol spelen bij de prestaties die het kind op school behaalt. Dit wordt in de nu volgende paragrafen nader toegelicht.

De ouder-kind interactie en de (academische) competentieontwikkeling van het kind

Koot (1988) onderzocht welke aspecten van gedrag van opvoeders competent gedrag van kinderen kunnen bevorderen. In zijn onderzoek onderscheidde hij drie dimensies van gedrag: 'emotionele ondersteuning', 'instructie' en 'regulering'. Met 'emotionele ondersteuning' wordt bedoeld de mate van emotionele beschikbaarheid of toegankelijkheid in het gedrag van de opvoeder voor het kind. Aan de positieve kant is het gedrag warm-empathisch en aan de negatieve kant is het gedrag emotioneel afwijzend. 'Instructie' geeft aan in hoeverre de opvoeder het kind informatie geeft die het nodig heeft, in positieve zin kan de informatie gestructureerd op het geschikte moment verbaal of non-verbaal aangeboden worden. De informatie kan in negatieve zin niet of vaag gegeven worden. De dimensie 'regulering' wijst op het gedrag van de opvoeder waarin hij het kind probeert te sturen of onder controle te houden. Deze dimensie kan heel strikt zijn, geen ruimte latend voor gedrag van het kind dat niet bij de taak hoort. Aan de andere kant kan de opvoeder het kind te veel zijn gang laten gaan.

Koot gaf bij deze gedragsdimensies aan dat zij alleen kunnen bijdragen aan competent gedrag van het kind indien zij sensitief-responsief worden aangewend, dat wil zeggen dat het gedrag is afgestemd op de behoeftes van het kind. Sensitief-responsief gedrag van de opvoeder kan volgens Riksen-Walraven (1989) gedefinieerd worden door de mate waarin de opvoeder:

- signalen van het kind opmerkt



- deze juist interpreteert
- in staat en bereid is daarop effectief te reageren
- en zo een gevoel van vertrouwen, toegankelijkheid en bereikbaarheid weet op te roepen

Sensitiviteit blijkt uit het actieve opvoedersgedrag dat aangepast is aan het ontwikkelingsniveau en de actuele toestand van het kind, responsiviteit blijkt uit de reacties van de opvoeder op het kindgedrag (Ainsworth et al., 1978). Naar sensitief-responsief oudergedrag is uitgebreid onderzoek gedaan, om te bepalen welke invloed dit oudergedrag heeft op het kind. Sensitief-responsief oudergedrag bleek samen te hangen met een veilige gehechtheid, exploratief gedrag en gezonde sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling (o.a. Morrison e.a., 2003; Pianta & Harbes, 1996; Skinner, 1986).

Het gedrag werd in het onderzoek van Koot geobserveerd en beoordeeld aan de hand van de categorieën voor de frequentie van gedrag uit de dimensies ‘emotionele ondersteuning’, ‘instructie’ en ‘regulering’. Daarnaast werd het gedrag geobserveerd en beoordeeld aan de hand van categorieën voor de sensitiviteit van het gedrag uit de drie dimensies. De categorieën ‘motiveren’, ‘informatie geven’, ‘positieve stemming handhaven’ en de ‘kwaliteit van de instructie’ bleken positief, en ‘afwijzen’ bleek negatief samen te hangen met het ontwikkelingsniveau van het kind. De categorieën ‘directief controleren’, ‘positieve stemming handhaven’ en ‘kwaliteit van instructie’ leverden een significante bijdrage aan de competentiescores van het kind. Er werd geconcludeerd dat er een duidelijke samenhang bestaat tussen de mentale ontwikkeling en competent taakgedrag van het kind enerzijds en de sensitiviteit van de instructie en emotionele ondersteuning gegeven door de opvoeder anderzijds. Er werd benadrukt dat vooral de sensitiviteit en niet de frequentie van het gedrag een rol speelt (Koot, 1988).

De leerkracht-kind interactie en de (academische) competentieontwikkeling van het kind

In de jaren '60 – '80 heeft men binnen proces-product onderzoek, waarbij men de uitkomsten van bepaalde processen onderzoekt, de aandacht gericht op observeerbaar leerkrachtgedrag en theorieën over onderwijs met betrekking tot sociaal emotionele en motivationele ervaringen in de klas. Dit vormde de basis voor onderzoek naar dagelijkse processen in de klas. Uit verschillende onderzoeken bleek dat leerkracht-kind interacties zeer variabel zijn vanwege verschillende kindkenmerken en verschillende leerkrachtkenmerken (o.a. Hamre & Pianta, 2005, Howes, 2005, Crosnoe et al., 2004). Uit onderzoek bleek dat twee gedragsdimensies



van de leerkracht telkens terugkwamen. Dit zijn de dimensies ‘emotionele ondersteuning’ en ‘ondersteuning door middel van instructie’ (Hamre & Pianta, 2005). Howes (2005) vond bijvoorbeeld dat ‘ondersteuning door middel van instructie’ door de leerkracht de prestaties van het kind op school bleek te voorspellen en dat ‘emotionele ondersteuning’ gegeven door de leerkracht een aantal sociale en taakgerichte competenties van het kind bleek te voorspellen (Howes et al., 2005). Tevens is een theoretisch perspectief ontwikkeld waarin men stelt dat emotionele steun van de leerkracht motivationele- en leerprocessen kan ondersteunen die van belang zijn voor het academisch functioneren van het kind (Crosnoe et al., 2004).

In het licht van het voorgaande is onderzoek gedaan naar de twee besproken gedragsdimensies, namelijk ‘emotionele ondersteuning’ en ‘ondersteuning door middel van instructie door de leerkracht’ (Hamre & Pianta, 2005). Door middel van het Classroom Observation System-1 (Classroom Observation System for First Grade; NICHD ECCRN, 2002b) werden de dimensies gemeten in 827 klassen voor 910 kinderen. De dimensie ‘ondersteuning door middel van instructie’ werd op klasniveau gemeten door middel van frequentieschalen en kwalitatieve schalen. De dimensie ‘emotionele ondersteuning’ werd gemeten aan de hand van de leerling-leerkracht interactie met daarin de schalen: responsief/sensitief gedrag, opdringerig/overmatig controlerend gedrag en niet betrokken gedrag. Uit de resultaten bleek dat kinderen met een groot risico op schooluitval, op basis van hun gedrag en demografische gegevens, met behulp van ‘emotionele ondersteuning’ en ‘ondersteuning door middel van instructie’, op hetzelfde niveau kunnen functioneren als hun klasgenoten met een laag risico op schooluitval.

Sensitiviteit

Binnen het resultaat uit het hierboven beschreven onderzoek, moet een onderscheid gemaakt worden tussen kinderen met een hoog risico op basis van gedrag en kinderen met een hoog risico op basis van demografische gegevens. De eerste groep bleek gebaat bij veel emotionele ondersteuning en de tweede groep presteerde beter als zij werd ondersteund door (expliciete) instructie (Hamre & Pianta, 2005). Hier bleek dat niet elk kind vraagt om hetzelfde leerkrachtgedrag. Dit houdt in dat de gedragsdimensies sensitief moeten worden aangewend, oftewel, afgestemd op de kindkenmerken.

Door Morrison & Connor (2002) werd tevens benadrukt dat de toepassing van bovengenoemde twee dimensies vooral van waarde is als ze afgestemd op de kindkarakteristieken worden aangewend. Uit hun onderzoek bleek dat voor lager



functionerende kinderen die moeite hebben met leren lezen en schrijven, leerkracht gestuurde expliciete instructie het meest effectief was en dat voor hoger functionerende kinderen zonder leerproblemen een andere vorm van instructie, namelijk kind gestuurde impliciete instructie, het meest effectief was. Van belang is dat ook de instructie aangepast werd aan de kindkenmerken om zo elk kind de beste instructie te geven.

Of de leerkracht adequaat gedrag vertoont, hangt dus af van de sensitiviteit van het leerkrachtgedrag. Sensitief leerkrachtgedrag is consistent, positief, warm en gepast gedrag van de leerkracht naar het kind. Minder sensitief leerkrachtgedrag wordt gekenmerkt door inconsistent, opdringerig en slecht getimed gedrag van de leerkracht (Pianta, 1999).

Pianta (2002) toonde in onderzoek aan dat sensitief leerkrachtgedrag in de klas gerelateerd is aan sociale competentie en on-task gedrag van kinderen op de peuterspeelzaal.

In een onderzoek van Rimm-Kaufman et al. (2002) werd onderzocht of sensitief leerkrachtgedrag het zelfvertrouwen van het kind en negatief en off-task kindgedrag beïnvloedt. Sensitief leerkrachtgedrag werd in dit onderzoek bepaald door drie factoren, namelijk responsief/sensitief, opdringerig/overmatige controlerend en niet betrokken (disengaged) gedrag. Bij sociaalvaardige (socially bold) kinderen bleek meer sensitief leerkrachtgedrag samen te hangen met minder off-task en negatief kindgedrag, de mate van sensitiviteit had echter geen invloed op off-task en negatief kindgedrag van sociaalangstige (socially wary) kinderen. Dit suggereert dat leerkrachten door middel van hun sensitiviteit de sociaalvaardige kinderen meer aangepast gedrag kunnen aanleren. Dit suggereert tevens opnieuw dat leerkrachtgedrag aangepast moet worden aan de kenmerken van het kind (Rimm-Kaufman et al. 2002).

Onderzoeksvragen

Uit literatuur omtrent sensitief gedrag binnen de onderwijssetting blijkt dat, afhankelijk van de kindkenmerken, de leerkracht door middel van sensitief aangewend gedrag het competent gedrag van het kind kan vergroten. De kwaliteit van instructie blijkt op dit onderzoeksgebied een belangrijke rol te spelen. Hier is een parallel te zien met onderzoek op het gebied van sensitief oudergedrag. Ook uit het onderzoek van Koot (1988) bleek dat de sensitiviteit van de instructie van de ouder de enige significante individuele bijdrage levert aan de academische competentie van het kind. Bekijken we de resultaten van deze onderzoeken naast elkaar, dan lijken dyslectische kinderen gebaat bij expliciete sensitieve instructie, gezien de problemen die zij ondervinden met leren lezen en schrijven (Morrison & Connor, 2002). Deze kinderen hebben een leerprobleem waardoor ze een groter risico dan hun klasgenoten lopen om op



school te falen. Hierdoor lijkt emotionele ondersteuning van de leerkracht eveneens gewenst (Hamre & Pianta, 2005). Vanuit de onderzoeksresultaten van Morrison & Connor (2002), Hamre & Pianta (2005) en Koot (1988) kan men verwachten dat in dit onderzoek de emotionele ondersteuning naast de kwaliteit van instructie gegeven door de behandelaar een belangrijke rol speelt.

Algemene therapeutische vaardigheden van de behandelaar komen tot uiting in het aanwenden van sensitief-responsief gedrag. Er wordt in het huidige onderzoek verondersteld dat binnen sensitief-responsief gedrag van de behandelaar de gedragsdimensies van Koot (1988) van toepassing zijn. Op deze manier wordt door het beoordelen van de drie gedragsdimensies de kwaliteit van de algemene therapeutische vaardigheden van de behandelaars bepaald.

De belangrijkste onderzoeksvraag in dit onderzoek luidt dan: behalen dyslectische kinderen die door een behandelaar met goede algemene therapeutische vaardigheden worden behandeld een hoger leerrendement dan kinderen die door een behandelaar met minder goede algemene therapeutische vaardigheden worden behandeld?

Alvorens deze onderzoeksvraag te onderzoeken, zal gekeken worden naar de leerrendementen van de kinderen tijdens de behandeling. Er wordt verwacht naar aanleiding van eerder onderzoek (Struiksma & Bakker, 2006) dat de kinderen een hoger leerrendement tijdens de behandeling zullen hebben dan bij de intake van de behandeling. Tevens wordt verwacht dat het leerrendement tijdens de behandeling niet voor elk kind hetzelfde is. Naar aanleiding van de literatuur wordt verwacht dat de kinderen die door een behandelaar met goede behandelvaardigheden wordt behandeld een hoger leerrendement behaalt. Dit zal tot uiting komen in verschillen in leerrendement tussen de groepen kinderen per behandelaar. Vanuit het voorgaande kunnen de volgende hypothesen worden geformuleerd:

- De behandeling heeft een effect op het leerrendement
- Het leerrendement tijdens de behandeling is afhankelijk van de behandelaar

Vervolgens wordt verwacht dat dit verschil veroorzaakt wordt door verschillen tussen behandelaars in de beheersing van algemene therapeutische vaardigheden. Dit kan aan de hand van de volgende hypothese beantwoord worden:

- (Beter) Afgestemd gedrag van de behandelaar op de behoeften van het kind leidt tot een hoger leerrendement van het kind.

Deze hypothese kan door middel van een aantal deelhypothesen onderzocht worden:



- (Beter) Afgestemd emotioneel ondersteunend gedrag van de behandelaar leidt tot een hoger leerrendement van het kind
- (Beter) Afgestemde instructie van de behandelaar leidt tot een hoger leerrendement van het kind.
- (Beter) Afgestemd regulerend gedrag van de behandelaar leidt tot een hoger leerrendement van het kind

Methode

Onderzoeksgroep

Om te onderzoeken of de sensitieve responsiviteit van de dyslexiebehandelaar invloed heeft op competent gedrag van het behandelde dyslectische kind, is data verzameld van acht verschillende behandelaars. Deze zijn intern opgeleid door de Leeskliniek Rotterdam binnen het project 'de Leeskliniek naar school'. Zij werkten daarvoor als intern begeleider, ambulante begeleider of remedial teacher. Allen beschikten bij aanvang van de opleiding over ruime ervaring in de begeleiding van kinderen met lees- en andere leerproblemen. Van vier verschillende kinderen per behandelaar is één behandelsessie gefilmd, deze sessie maakt deel uit van een lopende behandeling, op basis van deze videobeelden wordt de beoordeling van de kwaliteit van de algemene therapeutische behandelvaardigheden gebaseerd. Daarnaast is van 11 kinderen per behandelaar toetsgegevens verzameld, deze behandelingen zijn afgerond. In totaal zijn van 15 kinderen per behandelaar gegevens verzameld.

De dyslexiebehandeling bestaat uit 30 sessies verspreid over een periode van ongeveer een half jaar. De betreffende behandelaars hebben de opleiding een aantal jaar geleden afgerond en hebben sindsdien een groot aantal kinderen behandeld.

De kinderen in dit onderzoek zijn aangemeld via zorgteams bij de Leeskliniek Rotterdam. Een zorgteam verzorgt voor een cluster van scholen voor basisonderwijs en speciaal basisonderwijs de extra begeleiding voor individuele leerlingen als dit nodig blijkt. De kinderen binnen dit onderzoek hebben ernstige leesproblemen. Waar de meeste kinderen baat hebben bij remedial teaching, boekt de remedial teaching bij deze kinderen onvoldoende resultaat. De kinderen hebben een grote leesachterstand, maar deze achterstand is niet zo groot dat zij in aanmerking komen voor een door de AWBZ vergoede behandeling in de 'Leeskliniek' Rotterdam. Aan de kinderen in dit onderzoek is binnen de eigen school reeds gerichte extra ondersteuning geboden, maar deze ondersteuning bleek niet toereikend. De leeftijd van deze kinderen varieert van 8 tot 11 jaar.



Toestemming voor gebruik van de filmbeelden en toetsgegevens van de kinderen is verkregen door de ouders een toestemmingsformulier te laten tekenen. De behandelaars hebben tevens een verklaring getekend waarmee ze toestemming hebben gegeven voor het gebruik van filmbeelden en gegevens voor wetenschappelijk onderzoek.

Procedure en maten

Van elke behandelaar zijn video-opnamen gemaakt tijdens een reguliere behandeling. Deze behandelingen vonden plaats op de behandelkamer van de betreffende behandelaar op een basisschool. Een aantal behandelde kinderen is afkomstig van deze school, anderen werden naar de behandeling gebracht. Per behandelaar is één behandelsessie van vier verschillende kinderen gefilmd. Aan de hand van deze video-opnamen worden enkele observatieformulieren ingevuld, deze worden hieronder nader beschreven. De testen waarmee het leerrendement wordt bepaald zijn door de behandelaar afgenomen.

Vaststelling van leerrendement tijdens de behandeling

Het leerrendement van de kinderen wordt op twee manieren en met verschillende instrumenten bepaald. Ten eerste wordt gekeken naar de mate waarin het kind beter leest aan het eind van de behandeling ten opzichte van het begin. Er zijn drie meetmomenten, één aan het begin van de behandeling, één na 16 behandelingen en één aan het eind van de behandeling. Voor deze meetmomenten wordt gebruikt gemaakt van de DMT (Verhoeven, 1993) en de AVI-kaarten (Visser e.a., 1994). Met behulp van de DMT kan de vaardigheid in het woordlezen gemeten worden, met de AVI kaarten de vaardigheid in het tekstlezen. Het leerrendement (LR) van het woordlezen respectievelijk het tekstlezen wordt berekend met behulp van de ruwe scores op deze toetsen. Deze worden omgerekend naar didactische leeftijd equivalenten (DLE), die aangeven op welke didactische leeftijd de bijbehorende score gemiddeld behaald wordt. Elk kind heeft een didactische leeftijd (DL) die aangeeft hoeveel maanden onderwijs het genoten heeft, één jaar onderwijs staat gelijk aan een DL van 10. Het leerrendement is de verhouding tussen DLE en DL ($LR = DLE/DL$) (Struiksmā, Van der Leij & Vieijra, 2004). Het leerrendement van deze kinderen ligt aan het begin van de behandeling tussen de 0% en de 60%.

Ten tweede wordt gekeken naar het taakgerichte gedrag van het kind tijdens de behandeling. Er wordt in dit onderzoek uitgegaan van het feit dat de behandelaar bepaalt hoeveel tijd van de sessie het kind taakgericht bezig is. Daarnaast wordt ervan uitgegaan dat meer taakgericht gedrag leidt tot een hoger leerrendement (Vonk, 2000). Het percentage taakgericht gedrag



geeft daarmee een indicatie van de kwaliteit van de behandeling. Een hogere kwaliteit behandeling zorgt weer voor een hoger leerrendement. Oorzaken voor veel 'off task' gedrag van het kind zijn vermijding als gevolg van faalangst of een geringe motivatie, aandachtsproblemen of onvoldoende structuur of organisatie van de behandeling. Deze oorzaken zijn tevens terug te leiden tot de algemene therapeutische vaardigheden van de behandelaar. Binnen de therapeutische vaardigheden speelt zoals eerder beschreven bijvoorbeeld emotionele ondersteuning een rol. Indien het emotioneel ondersteunende gedrag sensitief-responsief wordt aangewend zal naar verwachting het vermijdingsgedrag afnemen. Zo spelen de dimensies emotionele ondersteuning en instructie een rol bij het voorkomen van 'off task' gedrag als gevolg van aandachtstekort of onvoldoende structuur of organisatie. Om deze redenen is ervoor gekozen naast de DMT en de AVI-kaarten ook het taakgerichte gedrag tijdens de behandeling op te nemen in de evaluatie. Het taakgericht gedrag van het kind wordt gemeten door middel van het 'Time on Task' scoreformulier (Vonk, 2000). Om de minuut wordt hierop geregistreerd of het kind 'on task' of 'off task' bezig is. 'On task' houdt in dat het kind daadwerkelijk met een taak bezig is. 'Off task' is automatisch alle overige gedragingen, dus ook als de behandelaar iets aan het uitleggen is. Het scoreformulier wordt ingevuld door de onderzoeker aan de hand van de video-opnamen (Bijlage 1).

Vaststelling van sensitief-responsief gedrag van de behandelaar

De therapeutische vaardigheden van de behandelaar zullen beoordeeld worden met behulp van een observatieformulier (Bijlage 2). Dit formulier is ontwikkeld op basis van de gedragsdimensies van Koot (1988) en de Gezins Interactie Observatie Schaal (Jongbloed & Tavecchio, 1995). Met dit formulier komt een kwalitatieve beoordeling van het gedrag van de behandelaar tot stand. De drie gedragsdimensies van Koot worden met behulp van de video-opnamen door twee deskundigen onafhankelijk van elkaar geobserveerd.

'Emotionele ondersteuning' wordt bepaald door:

- Motiveren/stimuleren/aanmoedigen; dit kan de behandelaar doen door het kind bijvoorbeeld te wijzen op de belonende aspecten van de taak.
- Affectie delen; de behandelaar laat positieve gevoelens blijken.
- Ruimte geven; de behandelaar stuurt het kind niet voordat het zelf de kans heeft gehad het te proberen.
- Non-verbaal of fysiek afwijzen; met houding of gebaar probeert de behandelaar het gedrag van het kind te stoppen.



De gedragsdimensie 'instructie' omvat:

- Informatie geven/uitleggen; het kind iets vertellen met de bedoeling om het meer te laten weten of te begrijpen over de taak.
- Aandacht richten; behandelaar probeert verbaal of non-verbaal de aandacht van het kind te richten of gericht te houden op de taak.
- Voordoen; de behandelaar laat aan het kind zien hoe het zich effectief kan gedragen.
- Structureren; de behandelaar brengt ordening aan in een situatie.
- Reactie op positief gedrag; de behandelaar maakt duidelijk dat het gedrag van het kind passend/goed was in de situatie.
- Reactie op negatief gedrag; de behandelaar maakt duidelijk dat het gedrag van het kind niet passend/goed was in de situatie.

De derde dimensie 'regulering' omvat:

- Vragen, suggesties, verklaringen; behandelaar geeft door een vraag, suggestie of verklaring aan ander gedrag van het kind te verwachten.
- Opdrachten, bevelen, verboden; behandelaar geeft heel direct, nauwkeurig en controlerend aan welk gedrag van het kind verwacht wordt zonder verklaring.
- Directief controleren; behandelaar geeft aan dat het zó moet en niet anders en blijft controlerend aanwezig.
- Fysieke inperking/straf; middels fysiek contact regelt de behandelaar het gedrag van het kind in de door haar gewenste richting.

De deskundigen beoordelen de gedragsdimensies 'emotionele ondersteuning', 'instructie' en 'regulering' door de behandelaars per dimensie een cijfer toe te kennen. Daarbij is cijfer 1 het laagst en cijfer 10 het hoogst haalbare.

Naast de gedragsdimensies van Koot is ervoor gekozen apart te kijken naar de sensitiviteit van het gedrag van de behandelaar, dit is terug te vinden in de dimensie 'afstemming'. Deze dimensie omvat:

- Respect voor autonomie; behandelaar geeft in zijn gedrag blijk van erkenning en respect voor het kind als individu.
- Duidelijkheid; de aanwijzingen van de behandelaar zijn begrijpelijk en sluiten aan bij de situatie.
- Positieve emotionele toon; kwaliteit van de emotionele toon van de behandelaar tijdens de interactie, zoals die blijkt uit de stem, beweging en gezichtsuitdrukking.
- Timing; in hoeverre het gedrag past in de tijd en aansluit bij het kindgedrag.



- Tempo; in hoeverre de behandelaar zich in de interactie aanpast bij de snelheid van de interacties van het kind.

De behandelaar krijgt voor deze dimensie van de deskundigen tevens een beoordeling in de vorm van een cijfer tussen 1 en 10. Daarbij is cijfer 1 het laagst en cijfer 10 het hoogst haalbare. Zie voor een overzicht van de schalen per dimensie Tabel 1.

Om te komen tot een kwalitatieve beoordeling wordt de opname eerst van minuut tot minuut geanalyseerd (Bijlage 1). Van elke minuut wordt genoteerd welke gedragsschalen positief dan wel negatief aangewend worden. Naderhand wordt het kwalitatieve formulier ingevuld (Bijlage 2).

Tabel 1. Observatiecategorieën en schalen voor behandelvaardigheden tijdens behandeling

Dimensie	Inhoud	Cijfer
Emotionele ondersteuning	motiveren/stimuleren/aanmoedigen affectie delen ruimte geven fysiek/non-verbaal afwijzen	1-10
Instructie	informatie geven/uitleggen aandacht richten voordoelen structureren reacties op positief gedrag reacties op negatief gedrag	1-10
Regulering	vragen, suggesties, verklaringen bevelen, verboden, opdrachten directief-controlerend aanwezig fysieke inperking/straf	1-10
Afstemming	respect voor autonomie duidelijkheid positieve emotionele toon timing tempo	1-10



Data analyse

In dit onderzoek hebben we te maken met data op twee verschillende tijdstippen. De scores op deze twee momenten zijn afhankelijk van elkaar en de metingen zijn tussen de kinderen onafhankelijk. Vanwege deze gegevens is gekozen voor een analyse waarbij rekening gehouden wordt met de herhaalde metingen. Er wordt een analyse van variantie (ANOVA) met herhaalde metingen uitgevoerd met één binnengroepsfactor en één tussengroepsfactor. De binnengroepsfactor is de afhankelijke variabele leerrendement, dit wordt op twee niveaus gemeten, namelijk aan het begin van de behandeling en tijdens de behandeling. De tussengroepsfactor is behandelaar, deze factor bestaat tevens uit twee niveaus, behandelaar 1 en behandelaar 2. Aan de hand van de ANOVA met herhaalde metingen zal bekeken worden of het leerrendement bij de intake en het leerrendement tijdens de behandeling van elkaar verschilt binnen de groepen op een alpha-niveau van .01. Er is gekozen voor een strikt significantieniveau voor het effect van behandeling omdat in vorig onderzoek is aangetoond dat er een effect van behandeling is (Struiksmā & Bakker, 2006). Indien de resultaten significant zijn op een alpha-niveau van .01 zal dit een goede basis vormen om de overige onderzoeksvragen te beantwoorden. Vervolgens wordt met behulp van de ANOVA met herhaalde metingen bekeken of er verschillen zijn tussen de groepen in leerrendement op een alpha-niveau van .05. Vanwege de beperkte hoeveelheid data wordt het huidige onderzoek beschouwd als pilot onderzoek naar het effect van behandelvaardigheden op het leerrendement. Het onderzoek heeft een exploratief karakter waardoor een ruimer significantieniveau gehanteerd wordt om de verschillen tussen de behandelaars te onderzoeken. Tenslotte zal de ANOVA met herhaalde metingen uitwijzen of de eventueel gevonden verschillen binnen de groepen afhankelijk zijn van de behandelaar. Het interactie effect tussen leerrendement en behandelaar wordt vanwege het exploratieve karakter tevens onderzocht op een alpha-niveau van .05. Tijdens de interpretatie van de resultaten zal gelet worden op de effect sizes. Aangehouden is dat een effect size van .01 klein, van .09 medium en van .25 groot is (Cohen, 1977).

De behandelaars hebben scores behaald van twee deskundigen op de afzonderlijke dimensies, deze resulteren in een totaalscore. De scores van de deskundigen worden opgeteld en gedeeld door twee waardoor een gemiddelde score ontstaat die de kwaliteit van de therapeutische behandelvaardigheden weergeeft. Tot slot zal met behulp van correlatieonderzoek bekeken worden of er samenhang bestaat tussen de kwaliteit van de vaardigheden en de leerrendementen, door de correlaties te berekenen tussen de gemiddelde scores op de



vaardigheden en het leerrendement tijdens de behandeling. Het percentage 'Time on Task' zal tevens opgenomen worden.

Resultaten

Beschrijvende statistieken

De gegevens van de gefilmde kinderen zijn via de betreffende behandelaars verkregen. De behandelingen hebben verspreid plaatsgevonden waardoor de toetsmomenten van de kinderen ver uit elkaar liggen. Vanwege onvoorziene omstandigheden bleek het niet mogelijk van 6 behandelaars binnen de beschikbare tijd voldoende gegevens te verzamelen. Hierdoor is ervoor gekozen deze behandelaars buiten beschouwing te laten in de data-analyse. De analyses zijn in totaal uitgevoerd op basis van twee behandelaars en 29 kinderen. Vanwege een nog niet afgeronde behandeling was het niet mogelijk van één behandelaar complete toetsgegevens van 15 kinderen te verzamelen, in totaal waren dit er 14. De kenmerken van de leesvaardigheid van de kinderen staan vermeld in Tabel 2 voor woordlezen en tekstlezen. De toetsgegevens van het woordlezen zijn weergegeven met een didactische leeftijd equivalent, deze is verkregen met behulp van de ruwe score. Het didactische leeftijd equivalent wordt gebruikt omdat dit nodig is om het leerrendement van het kind te berekenen. Met behulp van het leerrendement zijn de leervorderingen goed met elkaar te vergelijken, omdat op deze manier gecorrigeerd is voor leeftijd. Tevens is het op deze manier mogelijk de DMT en de AVI scores met elkaar te vergelijken.

Tabel 2. Beschrijvende statistieken van de kindkenmerken

Variabele	Begin behandeling					Einde behandeling				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Didactische leeftijd	29	27.1	10.2	10	50	29	33.8	10.3	16	54
Woordlezen										
DMT DLE	29	9	4.7	0	23	29	14.5	7.7	4	40
Leerrendement	29	33%	13%	0%	70%	29	102%	110%	0%	500%
Tekstlezen										
AVI-DLE	29	9.9	6.2	0	27	29	17.3	8.4	0	32
Leerrendement	29	34%	17%	0%	85%	29	138%	139%	0%	650%

Het leerrendement bij einde behandeling zoals beschreven in de tabel geeft het leerrendement weer dat tijdens de behandeling behaald is. Dat wil zeggen dat puur naar de behandelperiode



gekeken wordt, zo ontstaan geen verschillen door leeftijd, beginniveau of duur van de behandeling. Het leerrendement tijdens de behandeling is verkregen door het verschil tussen DL en DLE aan het eind van de behandeling te delen door het verschil tussen DL en DLE aan het begin van de behandeling.

Tabel 3 geeft de beschrijvende statistieken weer van het woordlezen per behandelaar, zodat onderlinge verschillen meer zichtbaar worden. Naast de gegevens aan het begin en aan het eind van de behandeling zijn hier ook de gegevens van de evaluatietoets opgenomen. In Tabel 4 wordt dezelfde informatie weergegeven als in Tabel 3, maar dan voor tekstlezen.

Tabel 3. Beschrijvende statistieken woordlezen per behandelaar

Variabele	Behandelaar 1					Behandelaar 2				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
DL begin	14	27.6	11.9	10	50	15	26.7	8.7	16	45
DL eind	14	33.6	11.3	16	52	15	33.9	9.6	19	54
DMT DLE begin	14	9.14	6	0	23	15	8.9	3.2	4	13
DMT DLE eind	14	14.1	7.8	4	33	15	14.9	7.9	5	40
LR DMT intake	14	32%	17%	0%	70%	15	34%	10%	19%	53%
LR DMT tijdens	14	108%	120%	33%	500%	15	95%	105%	0%	363%

Tabel 4. Beschrijvende statistieken tekstlezen per behandelaar

Variabele	Behandelaar 1					Behandelaar 2				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
DL begin	14	27.6	11.9	10	50	15	26.7	8.7	16	45
DL eind	14	33.6	11.3	16	52	15	33.9	9.6	19	54
AVI DLE begin	14	10.1	7.8	0	27	15	9.7	4.4	4	22
AVI DLE einde	14	16.9	10.2	0	32	15	17.7	6.7	6	29
LR AVI intake	14	33%	23%	0%	85%	15	36%	9%	20%	54%
LR AVI tijdens	14	140%	160%	0%	650%	15	136%	123%	0%	500%

Aan de hand van de rapportcijfers die door de deskundigen aan de behandelaars zijn toegekend ontstaat onderstaande Tabel 5. Hierin is per behandelaar per dimensie aangegeven welke score is behaald.



Tabel 5. Scores behaald op de vaardigheden per behandelaar

Variabele	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>behandelaar1</i>	<i>behandelaar2</i>
Score emotionele ondersteuning	2	6.2	5.13	7.25
Score instructie	2	5.6	5	6.25
Score regulering	2	6.7	6.25	7.1
Score afstemming	2	5.9	5	6.8
Totaal	2	6.1	5.3	6.9
Time on Task	2	69.7%	61.6%	78%

De scores op de dimensies ‘emotionele ondersteuning’, ‘instructie’, ‘regulering’ en ‘afstemming’ zijn tot stand gekomen door de beoordeling op een schaal van 1 tot 10 van twee deskundigen. Deze bereikten een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van $> .80$. De scores uit Tabel 5 zijn verkregen door de gemiddelde beoordeling van de deskundigen per dimensie per behandelaar op te tellen en te delen door twee. In Tabel 5 staan tevens de beschrijvende statistieken van de variabele ‘Time on Task’ vermeld, dit zijn percentages van tijd waarin de vier gefilmde kinderen gemiddeld ‘on task’ bezig waren tijdens de behandeling.

De samenhang tussen de variabelen leerrendement en behandelvaardigheden is door middel van correlaties weergegeven in Tabel 6.

Tabel 6. Correlaties vaardigheidsscores, leerrendement en Time on Task

Variabele	Totaal vaardigh.	ToT	LR DMT	LR AVI
Totaal vaardigheden	1			
Time on Task perc.	.955*	1		
LR DMT tijdens	-.102	.006	1	
LR AVI tijdens	-.062	.003	.772*	1

* significant op $\alpha = .01$

Inferentiële testen

De kinderen van de behandelaars verschillen niet op basis van didactische leeftijd aan het begin van de behandeling, $t(27) = .253, p = .802$. De kinderen hebben aan het begin van de behandeling hetzelfde beginniveau woordlezen en tekstlezen, respectievelijk $t(27) = .119$,



$p = .906$, $t(27) = .204$, $p = .840$. Teven is het leerrendement aan het begin van de behandeling voor woordlezen en tekstlezen gelijk voor de twee groepen kinderen, respectievelijk $t(27) = -.366$, $p = .717$, $t(27) = -.534$, $p = .598$.

Om de eerste hypothese trachten te beantwoorden wordt een ANOVA met herhaalde metingen uitgevoerd. Er wordt voldaan aan de aanname onafhankelijke observaties, de behandelingen vonden individueel plaats. Er is geen mogelijkheid dat de leerresultaten van de kinderen door elkaar beïnvloed zijn. De afhankelijke variabele, namelijk het leerrendement, is aan het begin van de behandeling normaal verdeeld volgens de Shapiro-Wilk test. Het leerrendement tijdens de behandeling is niet normaal verdeeld volgens de Shapiro-Wilk test. Vanwege het feit dat de ANOVA met herhaalde metingen vrij robuust is voor schendingen van de assumptie normaliteit (Weinfurt, 2000), kan de analyse op basis van deze data uitgevoerd en geïnterpreteerd worden. De covariantiematrices zijn homogeen voor zowel woordlezen als tekstlezen, getest aan de hand van Box's M, respectievelijk $M = 4.308$, $F(3, 158539) = 1.32$, $p = .27$, $M = 11.332$, $F(3, 158539) = 3.47$, $p = .015$. Aan de aanname van sphericiteit is automatisch voldaan omdat er slechts 2 categorieën op de binnengroepsfactor zijn, namelijk leerrendement bij de intake en leerrendement tijdens de behandeling.

Leerrendement en behandeling

Voor woordlezen respectievelijk tekstlezen is gekeken naar de verschillen tussen het leerrendement aan het begin van de behandeling en het leerrendement tijdens de behandeling. De ANOVA met herhaalde metingen toont bij woordlezen een effect voor behandeling, Wilks' $\Lambda = .705$, $F(1, 28) = 11.31$, $p < .01$. Er is hier sprake van een groot effect, $\eta^2 = .30$. Bij tekstlezen is tevens een effect voor behandeling gevonden, Wilks' $\Lambda = .628$, $F(1, 28) = 15.9$, $p < .001$. Ook hier is sprake van een groot effect, $\eta^2 = .37$.

Leerrendement en behandelaar

De volgende stap was te onderzoeken of het leerrendement van de groepen kinderen afhankelijk is van welke behandelaar het kind behandeld heeft. Gekeken is naar het verschil in leerrendement tussen de groepen. De ANOVA met herhaalde metingen toont bij woordlezen geen effect voor behandelaar, $F(1, 27) = .068$, $p = .80$, $\eta^2 = .07$. De resultaten tonen tevens geen effect voor behandelaar bij het tekstlezen, $F(1, 27) = .60$, $p = .48$, $\eta^2 = .13$.



Leerrendement, behandeling en behandelaar

Voordat naar de behandelvaardigheden gekeken is, is eerst onderzocht of het verschil binnen de groepen, het effect van behandeling, afhankelijk is van het verschil tussen de groepen, de behandelaar. Uit de ANOVA met herhaalde metingen blijkt dat het effect van behandeling hetzelfde is voor elke behandelaar. Dit betekent dat er geen interactie-effect is gevonden voor woordlezen en tekstlezen, respectievelijk $F(1, 28) = .132, p = .72$ en $F(1, 28) = .024, p = .88$.

Behandelvaardigheden en leerrendement

Uit de resultaten blijkt een effect voor behandeling, maar niet voor behandelaar. Dat betekent dat de leerrendementen van de twee behandelaars niet van elkaar verschillen. De behandelaars behalen dus hetzelfde leerrendement, waardoor impliciet kan worden begrepen dat de kwaliteit van behandelvaardigheden geen direct effect heeft op het leerrendement tijdens de dyslexiebehandeling. Wel kan gekeken worden naar correlaties, omdat deze de aspecten van behandelaar buiten beschouwing laten en daardoor alleen het effect van de behandelvaardigheden weergeven. De ANOVA daarentegen bekijkt alle aspecten van behandelaar. Vanwege het exploratieve karakter van het onderzoek is het waardevol om de behandelaar buiten beschouwing te laten en alleen naar de behandelvaardigheden te kijken. Op deze manier kan bekeken worden of er een samenhang bestaat tussen de scores op de behandelvaardigheden en de leerrendementen. Echter, de correlaties zoals ze in Tabel 4 staan vermeld, laten geen samenhang zien. Geen enkele correlatie vertoont een significante samenhang tussen de gedragsdimensies en de leerrendementen op woord- en tekstlezen.

Discussie

Het huidige onderzoek was een exploratief onderzoek naar het effect van therapeutische behandelvaardigheden binnen de dyslexiebehandeling. Vanwege beperkte hoeveelheid data wordt deze studie gezien als een pilot studie voor toekomstig onderzoek op dit gebied. De dyslexiebehandeling van de Leeskliniek is ontwikkeld op basis van een aantal inzichten. De basis wordt gevormd door de gedragstherapie waarbij de gedragsdimensies zoals beschreven in dit onderzoek een grote rol spelen. Tot op heden was het onduidelijk op welke manier de kwaliteit van de behandelvaardigheden een rol speelt binnen de behandeling. Met behulp van dit onderzoek probeert de Leeskliniek Rotterdam meer inzicht te krijgen in de processen die een rol spelen binnen een succesvolle of juist binnen een minder succesvolle behandeling. Dit onderzoek kan een voorzet geven in de beantwoording van de vraag of en hoe de gedragstherapeutische dimensie een rol speelt in de behandeling. Voor de opleiding is



het van belang te weten welke aspecten van invloed zijn op het al dan niet slagen van een behandeling, zodat binnen de opleiding meer aandacht kan worden besteed aan de gedragstherapeutische aspecten die een rol blijken te spelen bij het behalen van een zo hoog mogelijk leerrendement.

De leesbehandeling

De leesbehandeling heeft voor zowel woordlezen als tekstlezen in dit onderzoek een effect op het leesniveau van de kinderen. Dit houdt in dat de kinderen een groter leerrendement tijdens de behandeling behalen dan daarvoor. Uit vorig onderzoek was dit reeds gebleken (Struiksma & Bakker, 2006). Ook deze kinderen profiteerden van de dyslexiebehandeling van de Leeskliniek Rotterdam. In deze vorige onderzoeken van Struiksma & Bakker zijn alleen leerlingen onderzocht die intern behandeld werden door de Leeskliniek. Deze kinderen hebben in de regel ernstiger leesproblemen dan de kinderen in het huidige onderzoek, zij komen in aanmerking voor een door de AWBZ vergoede behandeling. Uit de resultaten kan voorzichtig geconcludeerd worden dat de externe behandeling van de Leeskliniek Rotterdam tevens een succes is, in de zin dat het dyslectische kind er beter door gaat lezen. Dit is een belangrijk aspect, de behandelaars zijn weliswaar door de Leeskliniek opgeleid, maar de begeleiding door deskundigen is minder intensief en meer op afstand. Het project 'de Leeskliniek naar school' in samenwerking met WSNS kan in dit opzicht een succes genoemd worden.

De leesbehandeling en de behandelaar

De centrale onderzoeksvraag in het huidige onderzoek luidde: behalen dyslectische kinderen die door een behandelaar met goede algemene therapeutische vaardigheden worden behandeld een hoger leerrendement dan kinderen die door een behandelaar met minder goede algemene therapeutische behandelvaardigheden worden behandeld? Om deze vraag te kunnen beantwoorden is gekeken naar een aantal factoren. De verwachting dat de behandeling een effect heeft op het leerrendement kan op basis van de resultaten uit dit onderzoek worden bevestigd. De eerste hypothese 'de behandeling heeft een effect op het leerrendement' kan aangenomen worden. Daarnaast werd verwacht dat het leerrendement tijdens de behandeling afhankelijk is van de behandelaar. Uit de resultaten blijkt dat de tweede hypothese 'het leerrendement tijdens de behandeling is afhankelijk van de behandelaar', moet worden verworpen. De twee behandelaars die in dit onderzoek zijn onderzocht behaalden met hun behandelingen hetzelfde resultaat. Voorts moeten we de scores bekijken die door de



behandelaars op de verschillende gedragsdimensies zijn gehaald. Op basis van de scores gegeven door de deskundigen blijkt behandelaar 2 over een hogere kwaliteit algemene therapeutische behandelvaardigheden te beschikken en daarbij een hoger percentage 'Time on Task' te behalen. Dit geeft aan dat het percentage 'Time on Task' gerelateerd is aan de kwaliteit van de behandelvaardigheden, zoals werd verwacht. Duidelijkheid in de instructie kan meer 'on task' gedrag van het kind tot gevolg hebben doordat het weet wat het moet doen. Ook betere emotionele ondersteuning kan hierin een rol spelen doordat bijvoorbeeld het faalangstige kind zich competentier gaat voelen en minder vermijdingsgedrag gaat vertonen (Vonk, 2000). In het huidige onderzoek is gekeken naar de leerrendementen en de kwaliteit van behandelvaardigheden van twee behandelaars. De scores die zijn toegekend door de deskundigen correleren zeer hoog met elkaar. Het feit dat slechts twee behandelaars zijn opgenomen in de analyses heeft ertoe geleid dat alleen gekeken is naar de totaalscore. De totaalscore is het gemiddelde van de scores die de twee deskundigen aan de behandelaars hebben gegeven op de afzonderlijke gedragsdimensies. Twee behandelaars vormen geen solide basis om enigszins betrouwbare conclusies te trekken op basis van de cijfers toegekend aan de aparte gedragsdimensies. Dit heeft tot gevolg dat geen uitspraken gedaan kunnen worden over de hypothesen rond de gedragsdimensies 'emotionele ondersteuning', 'instructie', 'regulering' en 'afstemming'. Een aspect dat wel meegenomen kan worden is dat behandelaar 1 op elke dimensie een lagere score heeft behaald dan behandelaar 2. Als we de totaalscores bekijken, blijkt dat de verschillen niet erg groot zijn. Behandelaar 1 behaalde een onvoldoende als totale score van 5.3 en behandelaar 2 behaalde een voldoende score van 6.9. Op een schaal van 1 tot 10 is een verschil van 1.6 punten klein te noemen. Nu we dit weten in combinatie met de niet significante resultaten van de ANOVA met verschillen zijn een aantal verklaringen hiervoor mogelijk. Een verklaring voor het feit dat beide behandelaars dezelfde leerrendementen behalen zou kunnen liggen in het kleine kwaliteitsverschil tussen de vaardigheden. Indien het verschil in kwaliteit groter zou zijn, kan blijken dat er wel een verschil is in leerrendement dat mogelijk samenhangt met de kwaliteit van de therapeutische behandelvaardigheden. Een andere mogelijke verklaring is dat de kwaliteit van de algemene therapeutische vaardigheden geen of nauwelijks invloed heeft op het te behalen leerrendement van het kind. Dit zou tot gevolg hebben dat de gedragstherapeutische dimensie een minder grote rol speelt in de dyslexiebehandeling dan 'de Leeskliniek' verwacht vanwege de gedragsverandering die plaats moet vinden om het kind beter te leren lezen. Deze gedragsverandering kan volgens 'de Leeskliniek' alleen tot stand komen als het kind gemotiveerd is om aan de gedragsverandering te werken (Komen, 1997). Het kind is alleen



gemotiveerd volgens de Leeskliniek als het voldoende kennis heeft van het probleem, voldoende bezorgd is, zichzelf de moeite waard vindt en zich voldoende competent voelt om iets te kunnen bereiken. Sommige kinderen die behandeld worden voor dyslexie voldoen aan deze voorwaarden, voor hen is het motivatieproces minder belangrijk om de behandeling te laten slagen. Bij deze kinderen speelt echter wel het belang van de persoonlijke relatie tussen behandelaar en leerling om te zorgen dat de leerling gemotiveerd blijft (Vieijra, 2001). De meeste kinderen voldoen echter niet aan de voorwaarden voor gedragsverandering. Deze kinderen probeert de behandelaar met behulp van zijn algemene therapeutische vaardigheden volgens het 'Model Planmatig Werken aan Gedrag' te motiveren. Het is mogelijk dat het motivatieproces niet afhankelijk is van de kwaliteit van algemene therapeutische vaardigheden. Het is tevens mogelijk dat het leerrendement niet afhankelijk is van de mate waarin het kind gemotiveerd is om beter te leren lezen, dit is echter niet waarschijnlijk omdat onderzoek het positieve effect van motivatie op het leren lezen meermalen heeft aangetoond (o.a. Chan, 1994; Schunk & Zimmerman, 1997; Corno & Randi, 1997) Een derde verklaring voor het niet gevonden verschil zou kunnen liggen in de vaststelling van de kwaliteit van de therapeutische behandelvaardigheden. Deze is beoordeeld door twee deskundigen die beiden te maken hebben gehad met de ontwikkeling van deze dyslexiebehandeling. Het toekennen van een rapportcijfer was een subjectieve aangelegenheid. De deskundigen hadden nauwelijks houvast aan een objectieve maat. Op basis van andere onderzoeken en projecten die een soortgelijke kwalitatieve beoordeling bevatten (o.a. Koot, 1988, Jongbloed & Tavecchio, 1995), bleek het nu niet mogelijk een beter instrument te gebruiken. Binnen het Gezins Interactie Training (GIT) project van Jongbloed en Tavecchio werd gebruik gemaakt van de Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS), deze schaal werd ontwikkeld om oudergedrag te kunnen observeren en had tot doel te komen tot een indicatie voor oudertraining. Voorafgaand aan de observatie werden de observators getraind, hetgeen een hoog interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tot gevolg had. Binnen het huidige onderzoek was het niet mogelijk een soortgelijke training te geven. Daarnaast kent de GIOS enkel kwalitatieve maten. Binnen het onderzoek van Koot werd tevens gebruik gemaakt van een observatieschaal, binnen deze schaal kwamen zowel kwantitatieve als kwalitatieve aspecten van de gedragsdimensies voor. Uit de resultaten bleken echter alleen de kwalitatieve aspecten van het oudergedrag een rol te spelen bij de competentieontwikkeling van het kind. Hieruit kan worden opgemaakt dat het ontwikkelen van een objectief instrument waarmee kwantitatieve aspecten kunnen worden gemeten van de algemene therapeutische vaardigheden, zodat de observatie en de beoordeling van de vaardigheden betrouwbaarder



wordt, noodzakelijk maar tevens moeilijk te realiseren is binnen korte tijd. Daarnaast kan het feit dat de deskundigen dezelfde achtergrond hebben binnen deze setting ervoor hebben gezorgd dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hoog is, maar desondanks niet goed weergeeft wat we willen weten, namelijk de kwaliteit van de algemene therapeutische vaardigheden.

Beperking van het huidige onderzoek en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

De voornaamste beperkingen in de huidige onderzoeksopzet zijn kort aan de orde geweest bij het bespreken van mogelijke verklaringen voor de gevonden resultaten. Betrouwbaardere resultaten kunnen worden verkregen indien meer dan twee behandelaars worden betrokken in het onderzoek. Dit maakt het mogelijk uitspraken te doen over de invloed van de afzonderlijke gedragsdimensies, want meer vergelijkingen zijn op deze manier mogelijk. Wat zijn bijvoorbeeld de leerrendementen van een behandelaar met een uitstekende kwaliteit therapeutische behandelvaardigheden ten opzichte van een behandelaar met een hele lage kwaliteit vaardigheden? Het antwoord op dit soort vragen kan alleen worden gevonden door meer behandelaars te betrekken bij het onderzoek. Tevens kan op deze manier inzicht worden verkregen in de manier waarop de verschillen in de scores op de afzonderlijke gedragsdimensies invloed hebben op het leerrendement.

Een andere beperking is de vaststelling van de kwaliteit van de algemene therapeutische vaardigheden. Een goed onderzocht en gestandaardiseerd instrument is noodzakelijk om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de invloed van de gemeten kwaliteit. Hierbij kan gedacht worden aan een instrument in de vorm van een scoringsformulier waarop de observator duidelijk aan kan geven welk gedrag gezien wordt en waarom dit goed of juist niet goed is, hoe vaak het gedrag voorkomt enzovoorts. Een goed begin kan gemaakt worden door meer videobeelden door meer personen te laten beoordelen. Deze personen kunnen bijvoorbeeld dyslexiedeskundigen die niet verbonden zijn aan de Leeskliniek of de behandelaars zelf zijn. Indien de behandelaars zelf in staat zijn de kwaliteit van andere behandelaars in te schatten kan daaruit blijken dat zij inzicht hebben in de inhoud van de gedragstherapeutische dimensie en de toepassing daarvan.

De scores die de deskundigen hebben toegekend aan de behandelaars zijn gebaseerd op de videobeelden van vier kinderen per behandelaar, terwijl het effect van behandeling en behandelaar is gebaseerd op deze vier kinderen plus 11 waarvan alleen de gegevens beschikbaar waren. Het komt de betrouwbaarheid ten goede indien de videobeelden van al deze kinderen worden gebruikt. Dit zou een completer beeld van de kwaliteit van de algemene



therapeutische vaardigheden geven waardoor duidelijker de sterke en zwakke kanten van de behandelaar naar voren komen. Deze informatie kan waardevol zijn bij het interpreteren van de onderzoeksresultaten.

Voor vervolgonderzoek wordt aangeraden meer behandelaars te observeren en te beoordelen. Daarnaast is een gestandaardiseerd objectief observatieformulier noodzakelijk voor een betrouwbare beoordeling van de kwaliteit van algemene therapeutische vaardigheden. Door meer behandelaars op te nemen is het tevens mogelijk meer geschikte data analyse methoden te gebruiken. Een regressie analyse zou waardevolle informatie op kunnen leveren. Met behulp van een regressie analyse zou bekeken kunnen worden welke vaardigheden invloed hebben op het leerrendement van de leerlingen. Tevens zou kunnen blijken hoe groot deze invloed is. Een andere geschikte analyse methode zou structural equation modeling (SEM) kunnen zijn. Met de variabelen uit dit onderzoek zou een model gemaakt kunnen worden waaruit blijkt hoeveel invloed men verwacht van de verschillende gedragsdimensies, de 'time on task' en bijvoorbeeld het beginniveau, omdat uit eerder onderzoek bleek dat kinderen met een hoger beginniveau, een hoger leerrendement tijdens de behandeling behaalden (Struiksma & Bakker, 2006). Met behulp van SEM zou bekeken kunnen worden hoe goed het ontwikkelde model op de gevonden data past. Hiermee zou beter beantwoord kunnen worden wat de invloed is van algemene therapeutische vaardigheden op het leerrendement van de dyslectische kinderen tijdens de dyslexiebehandeling.



Referenties

- Ainsworth et al (1978). In: Jongbloed, M. (2000). *Gezins interactie training: een protocol voor gezin en behandelaar*. In: van Bilsen, H., Engelen, E. & Volker, S. (red). *Gedragstherapie in de klas*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Aron, A. & Aron, E. (2003). *Statistics for Psychology*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Bakker, D. J. (1986). Zijdelings. *Neuropsychologische methoden ter behandeling van dyslexieën*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bilsen, H. P. J. G. van (1991). Grenzen verleggen: jeugdhulpverlening met de school als basis. In H.P.J.G. van Bilsen & Swager, H.D. *Speciaal onderwijs & jeugdhulpverlening*. De Lier: Academisch Boeken Centrum.
- Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2000). *SPSS for Psychologists, a Guide to Data Analysis using SPSS for Windows*. New York: Palgrave.
- Chan, Lorman K.S. (1994). Relation of motivation, strategic learning, and reading achievement in grade 5, 7 and 9. *Journal of Experimental Education*, 62 (4), 319-339.
- Cladder, J. M., Nijhoff-Huyse & Mulder, G. A. L. A. (1998). *Gedragstherapie met kinderen en jeugdigen*. Amsterdam-Lisse: Swets & Zeitlinger. 4^e herziene druk.
- Cohen, (1977). In: Weinfurt, K.P. (2000). Repeated measures analyses: ANOVA, MANOVA and HLM (Ch. 10). In L. G. Grimm, & P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 317 - 361). Washington: American Psychological Association.
- Corno, L. & Randi, J. (1997). In: Sweet, A.P. & Guthrie, J.T. (1998). Teacher perceptions and student reading motivation. *Journal of Educational Psychology*, 90 (2), 210-223.
- Crosnoe, R., Johnson, M. K. & Elder, J. (2004). Intergenerational bonding in school: the behavioral and contextual correlates of student-teacher relationships. *Sociology of Education*, 77, 60-81.



Dryer e.a. (1999) in: Struiksma, A. J. C., & Bakker, M.G. (2006). Effectiviteit van dyslexiebehandelingen in de Leeskliniek van het Pedologisch Instituut Rotterdam. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 45, 3-14.

Goldberg, E. & Costa, L. (1981). Hemispheric differences in the acquisition and use of descriptive systems. *Brain and Language*, 14, 144-173.

Hamre, B. K. & Pianta, R. C. (2005). Can instructional and emotional support in the first-grade classroom make a difference for children at risk of school failure? *Child Development*, 75 (5), 949-967.

Howes (2005) in: Hamre, B. K. & Pianta, R. C. (2005). Can instructional and emotional support in the first-grade classroom make a difference for children at risk of school failure? *Child Development*, 75 (5), 949-967.

Jongbloed, M. (2000). Gezins interactie training: een protocol voor gezin en behandelaar. In: van Bilsen, H., Engelen, E. & Volker, S. (red). *Gedragstherapie in de klas*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Jongbloed, M. H. B. & Tavecchio, L. W. C. (1995). *Eindrapport project gezins interactie training*. Rotterdam: Pedologisch Instituut.

Kappers, E. J. (1997). Outpatient treatment of dyslexia through stimulation of cerebral hemispheres. *Journal of Learning Disabilities*, 30, 100-125.

Komen, M. (1997). *De leestechische dimensie van behandeling in de leer- en leeskliniek*. Rotterdam: Pedologisch Instituut.

Koomen, H. M. Y. & Thijs, J. T. (2004). Sociaal-emotioneel functioneren en de leerkracht-leerlingrelatie. In: A. Vyt, M. A. G. van Aken, J. D. Bosch, R. van der Gaag, A. J. J. M. Ruijsenaars (red.) *Jaarboek Ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie* 6 (2004-2005). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.



Koot, J. M. (1987). Kwaliteit van gehechtheid en emotieregulering bij peuters. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 42, 299-307.

Koot, J. M. (1988). Relaties tussen sensitiviteit van moeders, de competentie van het kind en gehechtheid: observatie aan een instructietaak. In: Van Acker, J. & Gerris, J.R.M. (red). *Gezinsrelaties onderzocht, gezinsonderzoek 2*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Morrison, F.j. & Connor, C.M. (2002). Understanding schooling effects on early literacy: a working research strategy. *Journal of School Psychology*, 40 (6) 493-500.

Morrison, E. F., Rimm-Kauffman, S. & Pianta, R. C. (2003). A longitudinal study of mother-child interactions at school entry and social and academic outcomes in middle school. *Journal of School Psychology*, 41, 185-200.

Pianta, R.C. & Harbes, K. L. (1996). Observing mother and child behaviour in a problem-solving situation at school entry: relations with academic achievement. *Journal of School Psychology*, 34(3), 307-322.

Prochaska en DiClemente (1984). In: Struiksmā, A. J. C. (1993). Gedragstherapie bij leerproblemen. In: van Bilsen, H., Engelen, T. & Volker, S. (red.). *Gedragstherapie in de Klas* (pp. 11-24). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Riksen-Walraven (1989). In: Jongbloed, M.H.B. & Tavecchio, L.W.C. (1995). *Eindrapport project gezins interactie training*. Rotterdam: Pedologisch Instituut.

Rimm-Kaufman, S. E., Early, D. M., Cox, M. J., Saluja, G., Pianta, R., Bradley, R. H. & Payne, C. (2002). Early behavioral attributes and teachers' sensitivity as predictors of competent behavior in the kindergarten classroom. *Applied Developmental Psychology*, 23, 451-470.

Shunk, D. H. & Zimmerman, B.J. (1997). In: Sweet, A.P. & Guthrie, J.T. (1998). Teacher perceptions and student reading motivation. *Journal of Educational Psychology*, 90 (2), 210-223.



Skinner (1986). In: Koot, J. M. (1988). Relaties tussen sensitiviteit van moeders, de competentie van het kind en gehechtheid: observatie aan een instructietaak. In: Van Acker, J. & Gerris, J.R.M. (red). *Gezinsrelaties onderzocht, gezinsonderzoek 2*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Slot, W. (1993). De toepassing van leertheoretische principes in het onderwijs. In: van Bilsen, H., Engelen, T. & Volker, S. (red.), *Gedragstherapie in de Klas* (pp. 11-24). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Sternberg, R. J. (2003). *The Psychologist's Companion (4th Ed.)*. Cambridge University Press.

Struiksma, A. J. C. (1993). Gedragstherapie bij leerproblemen. In: van Bilsen, H., Engelen, T. & Volker, S. (red.), *Gedragstherapie in de Klas* (pp. 11-24). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Struiksma, A. J. C., & Bakker, M. G. (2006). Effectiviteit van dyslexiebehandelingen in de Leeskliniek van het Pedologisch Instituut Rotterdam. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 45, 3-14.

Struiksma, A. J. C., & Bakker, M. G. (1996). Dyslexiebehandeling op de grens van speciaal onderwijs en gezondheidszorg. In: K.P. van den Bos, & D.R. van Peer. *Dyslexie '96* (pp. 85-96). Leuven/Apeldoorn: Garant.

Struiksma, A. J. C., Van der Leij, D. A. V. & Vieijra, J. P. M. (2004). *Diagnostiek van technisch lezen en aanvankelijk spellen*. Amsterdam: VU uitgeverij.

Van der Leij, D. A. V., Struiksma, A. J. C., Ruijsenaars, A. J. J. M., Verhoeven, L., Kleijnen, R., Henneman, K., e.a. (2004). *Diagnose van dyslexie, derde herziene versie*. Brochure van de Stichting Dyslexie Nederland.

Van der Leij, A. & Rolak, M. (2002). Behandeling van dyslexie in een klinische setting. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 41, 181-195.



Verhoeven (1993). In : Struiksma, A. J. C., Van der Leij, D. A. V. & Vieijra, J. P. M. (2004). *Diagnostiek van technisch lezen en aanvankelijk spellen*. Amsterdam: VU uitgeverij.

Visser e.a. (1994). In: Struiksma, A. J. C., Van der Leij, D. A. V. & Vieijra, J. P. M. (2004). *Diagnostiek van technisch lezen en aanvankelijk spellen*. Amsterdam: VU uitgeverij.

Vieijra, J. P. M., Bos, W. N., & Dernison, R.E.A. (2001). Therapeutische aspecten binnen de behandeling van ernstige dyslexie. *Tijdschrift voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 2, 22-46.

Vonk, M., & Bakker, M. (2000) *De leeskliniek naar school*.

Vonk, M. (2000). Time on task, een registratiemiddel voor taakgericht gedrag tijdens een individuele behandeling. *Tijdschrift voor Remedial Teaching*, 3.

Weinfurt, K.P. (2000). Repeated measures analyses: ANOVA, MANOVA and HLM (Ch. 10) In L. G. Grimm, & P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 317 - 361). Washington: American Psychological Association.



Bijlagen

Bijlage 1 Observatieformulier 'Time on Task'

Observatieformulier Time On Task & gedragsdimensies van behandelaar

Onderzoek Vera Duijnhouwer, 2006

Ingevuld door: _____ Op: _____

Nummer behandelaar: _____

Nummer kind: _____

Min.teller	T.O.T.	Em Ond	Instructie	Regulering	Toelichting
00-01					
01-02					
02-03					
03-04					
04-05					
05-06					
06-07					
07-08					
08-09					
09-10					
10-11					
11-12					
12-13					
13-14					
14-15					
15-16					
16-17					
17-18					



18-19														
19-20														
20-21														
21-22														
22-23														
23-24														
24-25														
25-26														
26-27														
27-28														
28-29														
29-30														
Totaal:			$/30 * 100$										Vul hieronder aantal keer per gedragscategorie in	
			= %											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	12	1	1	1
										1		3	4	5



Bijlage 2 Observatieformulier kwaliteit therapeutische behandelvaardigheden

Observatieformulier behandelvaardigheden

Afstudeeronderzoek Vera Duijnhouwer 2006

Kwalitatieve beoordeling per dimensie en per categorie

Ingevuld door: _____ Op: _____

Nummer behandelaar: _____

Nummer kind: _____

Emotionele Ondersteuning	Cijfer 1-10: ...
<ul style="list-style-type: none"> - Motiveren/stimuleren/aanmoedigen - Affectie delen - Ruimte geven - Non-verbaal of fysiek afwijzen 	

Instructie	Cijfer 1-10: ...
<ul style="list-style-type: none"> - Informatie geven/uitleggen - Aandacht richten - Voordoan - Structureren - Reactie op positief gedrag - Reactie op negatief gedrag 	

Regulering	Cijfer 1-10: ...
<ul style="list-style-type: none"> - Vragen, suggesties, verklaringen - Opdrachten, bevelen, verboden - Directief controleren - Fysieke inperking/straf 	

Afstemming	Cijfer 1-10: ...
<ul style="list-style-type: none"> - Respect voor autonomie - Duidelijkheid - Positieve emotionele toon - Timing - Tempo 	

Totaalscore	... / 4 = ...
-------------	------------------

Zie voor uitleg gedragsdimensies de volgende pagina's



Operationalisatie van de categorieën

Emotionele Ondersteuning

1. motiveren/stimuleren/aanmoedigen

Door te motiveren wordt het kind gestimuleerd om bepaald gedrag te (blijven) vertonen. De behandelaar wijst het kind bijv op wat het in het vooruitzicht heeft, op de belonende aspecten van de taak.

Voorbeeld: *'Dat wordt straks een grote krul als je zo snel leest'. Of 'Dat is leuk om te doen'.*

De behandelaar activeert het kind iets aan te pakken, zich ergens op te richten en geeft positieve opmerkingen over het kind, gericht op het volbrengen van de taak of op doorzetten in het spel.

Voorbeeld: *'Goed zo!' 'Doe je best' 'Het lukt vast'*

2. affectie delen

Bij het affectie delen laat de behandelaar positieve gevoelens blijken. De behandelaar toont eigen gevoelens van trots, plezier en deelt in het plezier van het kind.

Voorbeeld: *de behandelaar lacht, applaudiseert, klopt het kind op de rug, lacht mee, lacht terug of verwoordt zijn gevoel.*

3. ruimte geven

De behandelaar geeft het kind voldoende mogelijkheden zelf iets te ondernemen of te onderzoeken. De behandelaar stuurt het gedrag van het kind niet voordat het zelf de kans heeft gehad het te proberen.

Door zijn aanwezigheid steunt de behandelaar het kind wel, maar onderneemt niets voordat het kind klaar is of aangeeft hulp of steun nodig te hebben. Als de behandelaar helpt, lost deze niet zelf het probleem op, neemt de uitvoering van een taak niet helemaal over. De behandelaar geeft het kind het gevoel dat het kind de taak vooral zelf gedaan heeft.

De behandelaar laat het kind even iets vertellen als hij dat graag wil.

4. verbaal afwijzen

De behandelaar geeft met zijn gedrag aan niet beschikbaar te zijn voor het kind. De behandelaar gaat niet in op het gedrag van het kind waarmee het vraagt om hulp of aandacht. Door zijn opmerkingen probeert de behandelaar dit gedrag van het kind te stoppen. De toon is dan onvriendelijk/onaardig/vijandig t.o.v. het kind.

Voorbeeld: *'nee, nu niet!' of 'je doet het maar zelf'.*

5. non-verbaal of fysiek afwijzen

In houding en/of gebaar geeft de behandelaar aan dat hij niet op de vraag om hulp of aandacht van het kind in wil gaan. Door zijn houding of gebaar probeert de behandelaar dit gedrag te stoppen.

Voorbeeld: *Zonder uitleg gaat de behandelaar niet op de hulpvraag in. De behandelaar negeert negatief gedrag van het kind, als dit om aandacht vraagt.*



Instructie

6. Informatie geven/uitleggen

Informatie geeft de behandelaar als hij het kind iets vertelt met de bedoeling om het kind meer te laten weten of te begrijpen over de taak, zodat het kind zich in die situatie adequater kan gedragen, of de behandelaar geeft concreet aan hoe de situatie of het probleem is opgebouwd, welke gedragsstappen het kind moet nemen om het probleem op te lossen. Hierbij is de aandacht van het kind al gericht op de taak. Voorbeeld: *'Kijk, wat komt er na de P?' of 'Als je nu snel werkt, kunnen we eerder beginnen met de volgende taak.'* Of *'we lezen nu deze rijtjes'*

7. Aandacht richten

De behandelaar probeert verbaal of non-verbaal de aandacht van het kind te richten of gericht te houden op de taak, of op de behandelaar zelf door middel van het kind bij de naam te noemen, door iets te benoemen, voor te stellen, te vragen, aanwijzingen te geven, te wijzen, het kind aan te raken.

Voorbeeld: *'Saskia, zie je dit mooie boek?'*

8. Voordoen

De behandelaar laat aan het kind zien hoe het zich in een bepaalde situatie effectief kan gedragen door bijvoorbeeld in een taak het gedrag zelf voor te doen.

9. Structureren

De behandelaar brengt ordening aan in een situatie, zodat de situatie helder en inzichtelijk wordt voor het kind. Doordat het kind de situatie beter kan overzien en begrijpt zal het zijn gedrag beter op deze situatie kunnen afstemmen. De ordening kan van materiele en niet-materiele aard zijn.

Voorbeeld: *De volgorde van handelen afspreken. Tussendoor spullen opruimen.*

Door met het kind te bespreken wat er gaat gebeuren voordat er aan iets wordt begonnen. De behandelaar kan een taak vereenvoudigen door het op te delen in kleine stukjes.

10. reactie op positief gedrag

De behandelaar maakt duidelijk dat het gedrag van het kind passend, goed was in de situatie. De behandelaar geeft het kind een compliment of beloning. Dit kan verbaal of non-verbaal.

11. reactie op negatief gedrag

De behandelaar maakt duidelijk dat wat het kind deed niet passend/goed was in de situatie. Dit kan door opmerkingen over het gedrag van het kind te maken.

Voorbeeld: *'Als je steeds van je stoel afgaat duurt het wel lang voor we de taak afhebben'*

Dit kan ook non-verbaal door bijvoorbeeld nee te schudden.



Regulering

12.vragen, suggesties, verklaringen

De behandelaar geeft door een vraag, suggestie of verklaring aan ander gedrag van het kind te verwachten dan dat wat het kind laat zien.

Voorbeeld: *'Ga maar zitten in plaats van staan, dan kun je er beter bij'*.

13.opdrachten, bevelen, verboden

De behandelaar geeft heel direct, nauwkeurig en controlerend aan welk gedrag van het kind verwacht wordt. De opdracht wordt gesteld zonder verklaring.

Voorbeeld: *'Lees dit stukje tekst'*.

Bevelen en verboden zijn altijd dwingend en laten geen ruimte voor eigen keuzen van het kind. Het gedrag wat verlangt wordt staat haaks op de wil, het doel of het feitelijke gedrag van het kind.

Voorbeeld: *'Ga zitten' of 'nee, nee' of 'houd op met blazen'*

14.directief controleren

De behandelaar geeft aan dat het zó moet en niet anders. De behandelaar blijft controlerend aanwezig, zodat het kind geen ander gedrag kan laten zien dan het door de behandelaar gewenst gedrag.

15.fysieke inperking/straf

Middels fysiek contact regelt de behandelaar het gedrag van het kind in de door haar gewenste richting.



Afstemming

16.respect voor autonomie

De behandelaar geeft in zijn gedrag blijk van erkenning van en respect voor het kind als individu, voor zijn/haar motieven en standpunten. Een behandelaar die respect toont voor autonomie erkent de verlangens van het kind als een waardevol deel van zijn identiteit. De behandelaar onderhandelt met het kind over regels, waarbij ze verbaal duidelijk maakt dat zij in de gaten heeft wat het kind beoogt. De behandelaar ontkent niet het recht van het kind op een eigen wil.

17.duidelijkheid

Bij duidelijkheid gaat het er om dat de aanwijzingen van de behandelaar begrijpelijk zijn voor dit kind en aansluiten bij de situatie waarin het kind zich op dat moment bevindt. De behandelaar geeft aanwijzingen die passen bij het ontwikkelingsniveau van het kind.

18.positieve emotionele toon

Het gaat hierbij om de kwaliteit van de emotionele toon van de behandelaar tijdens de interactie zoals die blijkt uit de stem, beweging en gezichtsuitdrukking van de opvoeder.

19.timing

Bij timing gaat het er om of het gedrag van de behandelaar past in de tijd en aansluit bij het gedrag van het kind in de interactiereeks tussen behandelaar en kind.

20 tempo

Bij tempo gaat het er om of de behandelaar zich in de interactie aanpast bij de snelheid van de interacties van het kind.

De behandelaar is volgend in de interactie en de actie van het kind wordt niet onderbroken door het tempo van de behandelaar.